様式１－１号

**豊田市強度行動障がい支援者養成研修事業（基礎研修）受講申込書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏名 |  | 性別 | | | 生年月日 |
|  | 男 ・ 女 | | | 西暦　　　年 　　月 　　日生　　（　　　　　）歳 |
| 受講者の現住所 | 〒　　　　　－ | | | | |
| 連絡先 | 電話番号（勤務先に居ないときに、連絡が取れる番号を御記入ください。） | | | | |
| 現在の  勤務先 | 法人名 | | 事業所名 | | |
| 所在地　〒　　　　　－ | | | | |
|  | | | | |
| TEL | | | FAX | |
| メールアドレス | | | | |
| 勤務先での強度行動障がい者の状況（該当項目に☑）  　□受入れ（対応）中　　□受入れ予定がある　　□将来的な受入れを検討中  □未定 | | | | |
| 経験年数  取得資格  など | 現在の勤務先における勤務年数  　　　　　　　　　　　　　年　　　　　　　　ヵ月 | | | | |
| 福祉職場の勤務経験年数  総計　　　　　　　　　　年　　　　　　　　ヵ月 | | | | |
| 資格 | | | 取得年月日 | |
| 資格 | | | 取得年月日 | |
| 資格 | | | 取得年月日 | |
| 勤務先  からの  推薦 | （勤務先から推薦がある場合は御記入ください。）  豊田市強度行動障がい支援者養成研修事業（基礎研修）に推薦します。 | | | | |
| 勤務先名 | | | 推薦者（役職） | |
| 推薦理由 | | | | |